



UNITED STATES DISTRICT COURT
FOR THE DISTRICT OF PUERTO RICO

RECEIVED & FILED
2020 AUG -4 AM 7:31
CLERK'S OFFICE
U.S. DISTRICT COURT
SAN JUAN, P.R.

María A. Clemente Rosa
PETICIONARIA

V.

Estado Libre Asociado
De Puerto Rico

29 de JULIO DE 2020

PROMESA
TITLE III
No. 17 BK 3283- LTS
CLAIM. Num. 139834

(Jointly Administered)
This filing relates to the Commonwealth,
HTA and ERS.

TO THE HONORABLE BOARD THE FINANCIAL OVERSIGHT AND MANAGEMENT BOARD FOR PUERTO RICO, as representative of THE COMMONWEALTH PF PUERTO RICO, et al., Debtors:

HONORABLE JUEZ: Del Tribunal de Distrito de Estados Unidos Hon. Laura Taylor Swain.

UNITED STATES DITRIT COURT FOR THE DISTRICT OF PUERTO RICO/ TRIBUNAL DE
DISTRITO DE LOS ESTADOS UNIDOS PARA EL DISTRITO DE PUERTO RICO

REPETUOSAMENTE SOLICITO

MOCIÓN PARA QUE SE ME GARANTICE EL PAGO POR LOS DAÑOS CREADOS POR EL
DEUDOR: EL ESTADO LIBRE ASOCIADO DE PUERTO RICO, EN SU TOTALIDAD. DE
ACUERDO A LAS RECLAMACIONES SOMETIDAS A LA LEY PROMESA III EL 29 DE JUNIO
DE 2018, CLAIM NUM. 139834. CASE NUMBER: 17BK 03283-LTS - POR EL MONTO DE LA
RECLAMACIÓN DE 50,400.00: CUANDO LLEGUE EL MOMENTO DEL DICTAMEN
DECLARADO POR LA HON. JUEZ. Del Tribunal de Distrito de Estados Unidos Hon. Laura
Taylor Swain.

Comparece María A. Clemente Rosa, PETICIONARIA, CLAIM NÚM. 139834. CASE NUMBER:
17BK 03283-LTS se dirige muy respetuosamente, expone, alega y solicita:

HECHOS

DATOS AFIRMATIVOS

1. Para el año 1985, firme contrato como maestra con el Sistema de Educación Publica de Puerto Rico, en la Categoría de Artes Industriales, actualmente Maestra de Tecnología, Certificado Núm. 1662 y Núm. de Puesto R 16045. Que me he desempeñado por más de 34 años de maestra.
2. Durante 34 años de servicio público, me he desempeñado como maestra de excelencia y he adquirido una preparación Doctoral, en el área de la educación. He participado en diferentes competencias de tecnología, llevando a los estudiantes a obtener premios.
3. Como parte de mi pensión he cotizado para el Sistema de Retiro para Maestros.
4. Que durante 34 años de servicio público, se me ha violado los derechos de recibir los beneficios por la Ley 96, la cual establece aumentos no otorgados por capacitación profesional, nivel "Maestro".
5. Violación a la Ley 96, aumento no otorgados por la Ex. Gobernadora Hon. Sila María Calderón.
6. Violación a la Ley 89, pasos no otorgados a los maestros del Sistema Público de Educación.
7. Violación a la Ley 96, Violación de no pagar los derechos adquiridos, por la Ley de Quiebra.
Violación a la Constitución de Puerto Rico.
8. Violación a la Ley 164, descuentos indebidos, por el Sistema de Retiro para Maestros y empleados públicos.
9. Violación a la Ley 158, aumento no otorgados por la Ley de Carrera Magisterial, violación a la Ley 158, a la Constitución y engaño bajo Dolo, al maestro.

10. RESPETUOSAMENTE HONORABLE JUEZ, **Laura Taylor Swain**, CONSIDERO QUE MI PETICIÓN DE

QUE SE ME OTORGUE EL PAGO DE AUERDO A LA RECLAMACION HECHA EL 29 DE JUNIO DE 2018, ES JUSTAS, ADECUADA Y RAZONABLE.

Acudo a usted, Honorable, **Hon. Laura Taylor Swain. Juez, Del Tribunal de Distrito de Estados Unidos and TO THE HONORABLE BOARD THE FINANCIAL OVERSIGHT AND MANAGEMENT BOARD FOR PUERTO RICO**, as representative of THE COMMONWEALTH PF PUERTO RICO, et al ., Debtors: UNITED STATES DISTRICT COURT FOR THE DISTRICT OF PUERTO RICO porque entiendo que tienen el fundamento principal de la jurisdicción primaria de mi reclamación.

11. Reconociendo dicho acto solicito a este honorable foro que imponga un remedio legal dirigido a indemnizar daños y perjuicios causados por la parte DEUDORA, EL Estado Libre Asociado De Puerto Rico, Gobierno de Puerto Rico y su Dependencias y que se me otorgue un resarcimiento de daños y abono de intereses por la cantidad de \$ 50,400.00 según lo estipulado en la reclamación y el pago de costas y honorarios de abogados.

POR TODO LO CUAL, la parte peticionaria muy respetuosamente solicita al **Hon. Laura Taylor Swain.**

Juez, Del Tribunal de Distrito de Estados Unidos and TO THE HONORABLE BOARD THE FINANCIAL OVERSIGHT AND MANAGEMENT BOARD FOR PUERTO RICO, as representative of THE COMMONWEALTH PF PUERTO RICO, et al ., Debtors: que tome conocimiento de lo anterior, declare con lugar la moción de: **(PARA QUE SE ME GARANTICE EL PAGO POR LOS DAÑOS CREADOS POR L DEUDOR EL ESTADO LIBRE ASOCIADO DE PUERTO RICO EN SU TOTALIDAD, DE ACUERDO A LAS RECLAMACIONES SOMETIDAS A LA LEY PROMESA III EL 29 DE JUNIO DE 2018, CLAIM NUM. 139834. CASE NUMBER: 17BK 03283-LTS - POR EL MONTO DE LA RECLAMAION DE 50,400.00. EN SU TOTALIDAD, CUANDO LLEGUE EL MOMENTO DEL DICTAMEN DECLARADO POR LA HON. JUEZ. Laura Taylor Swain.**

RECLAMACION: CLAIM NUM.: 139834.

RESPETUOSAMENTE SOLICITADO.

CERTIFICO que en esta misma fecha he enviado por correo CERTIFICADO copia fiel y exacta del presente TO THE HONORABLE BOARD THE FINANCIAL OVERSIGHT AND MANAGEMENT BOARD FOR PUERTO RICO, as representative of THE COMMONWEALTH PF PUERTO RICO, et al ., Debtors:

En Carolina, Puerto Rico hoy 29 de julio de 2020



María A. Clemente Rosa
Condominio Astralis 9546
Calle Díaz Way, Apt 311
Torre # 6 Carolina, P.R. 00979
Tel. (787)385-2906

Date Filed: 6/29/2018
Case Number: 17 BK 03283- LTS
DEBTOR: Commonwealth of Puerto Rico
CLAIM: NUM.: 139834
ASSERTED CLAIM AMOUNT: 50,400.00

2020 AUG 18 PM 5:21
FILED

**UNITED STATES DISTRICT COURT
FOR THE DISTRICT OF PUERTO RICO**

In Re: Financial Oversight & Management Board for Puerto Rico <i>as representative of</i> The Commonwealth of Puerto Rico, <i>et al.</i> Debtors	3:17-BK-3283 (LTS) PROMESA Title III (Jointly Administrated)
--	--

NOTICE OF DEFECTIVE PLEADING
(Notificación de Documento Defectuoso)

The Clerk of Court has received your pleading on August 4, 2020. However, the deficiencies listed below have prevented us from filing the same in the case docket. You must submit a corrected pleading if you want it to form part of the record.

La Secretaría del Tribunal recibió su escrito el 4 de agosto del 2020. No obstante, las deficiencias que abajo se señalan nos impiden aceptarlo y entrarlo en el sumario del caso. Debe usted someter un escrito debidamente corregido si quiere que el mismo forme parte del expediente.

NOTICE OF DEFECTIVE PLEADING

(Notificación de Documento Defectuoso)

3:17-BK-3283 (LTS)

1		Pleading is illegible. L.Civ.R. 10 (El escrito radicado es ilegible o no cumple con la R.L.Civ. 10)
2	X	Lacks proper signature. Documents presented to the court in paper require a handwritten signature. L.Civ.R. 11 (Documento no está firmado adecuadamente. Los documentos sometidos en papel tienen que estar firmados a mano. R.L.Civ. 11)
3		PROMESA Cover Sheet for Adversary Proceedings (DPR Modified PROMESA B1040) was not included. L.Bkcy.R. 7003-1 http://www.prd.uscourts.gov/promesa/forms-attorneys (No se incluyó la Hoja de Trámite para Casos Adversarios (DPR Modified PROMESA B1040).
4		Failure to pay the filing fee in the amount of \$400.00. See, L.Cv.R. 3.1(a). Payment shall be made within 24 hours in person at the Clerk's Office U.S. District Court with copy of the complaint /notice of removal. (Incumplimiento con el pago de la cuota de radicación por la cantidad de \$400.00. El pago debe hacerse personalmente dentro de 24 horas en la Secretaría del Tribunal Federal de Distrito adjuntando una copia de la demanda / notificación de remoción.)
5		Other: Please blackout or omit from <u>ALL</u> documents any personal information such as: medical information, Social Security number, financial account numbers, date of birth, driver's license or any other personal identifying numbers as per Local Civil Rule 5.2 (Otro:) Favor de eliminar u omitir de <u>TODO</u> s sus documentos cualquier información personal como: información, número de Seguro Social, números de cuentas financieras, fecha de nacimiento, licencia de conducir o cualquier otro número de identificación de acuerdo con la Regla Local Civil 5.2.

Date: August 5, 2020

MARIA ANTONGIORGI-JORDAN, ESQ.
Clerk of Court

By: s/ Marian B. Ramirez Rivera
Marian B. Ramirez Rivera
Deputy Clerk

sc: to filer with original filing attached

SHR_INOM_SRM

SISTEMA DE RETIRO PARA MAESTROS
Sistema de Aportaciones y Beneficios Integrados
PAGO DE PENSION INGRESO A NOMINA

30-08-2019
01:53:01 PM
Página: 1

SEGURO SOCIAL
NOMBRE MARIA CLEMENTE ROSA
DIRECCIÓN COND ASTRALIS TORRE 6
9546 C/A DIAZ WAY APT 311
SAN JUAN, PR 00979

NUMERO CASO 877-
NUMERO SOLICITUD 969395
FECHA RADICACION 26-08-2019
PENSION AÑOS DE SERVICIO 230
FECHA NACIMIENTO 17-01-1962 EDAD 57.54 SEXO F

INGRESO A NOMINA: 30-09-2019
FECHA EFECTIVIDAD: 01-08-2019
SERVICIOS ACREDITADOS: 33 5 2 3.5
Años Meses Sem Días
COSTO ANUALIDAD: \$97,348.06
SALARIO PROMEDIO: \$3,086.32
RETROACTIVO: 01-08-2019 AL 15-09-2019
IMPORTE TOTAL (BRUTO)

PAGO GLOBAL MENSUAL ANUAL
\$3,472.11 \$2,314.74 \$0.00
AUMENTO POR LEY: \$2,314.74
\$3,472.11 \$27,776.88

CONCEPTO	CLAVE	DESCUENTO	DESCUENTO
PENSION PAGADA		\$0.00	\$0.00
PRÉSTAMOS: PERSONAL (PP)	47-000	\$0.00	\$0.00
CULTURAL (PC)	45-000	\$0.00	\$0.00
HIPOTECARIO (PH)	36-000	\$0.00	\$0.00
FINANZAS	67-059	\$0.00	\$0.00
INSUFICIENCIA EN APORTACION		\$0.00	\$0.00
APORT. IND. 9% Cese:	26-001	\$0.00	\$0.00
OTROS		\$0.00	\$0.00
TOTAL DESCUENTO		\$0.00	\$0.00
NETO		\$3,472.11	\$2,314.74

BONOS NAVIDAD (BNP): \$0.00 VERANO (PBV): \$0.00 MEDICAMENTO (PBM): \$0.00

COMPUTADO POR: _____	FECHA: 8/30/19
INTERVENIDO POR: _____	FECHA: _____
SUPERVISOR (PENSIONES): _____	FECHA: 3/sep/19
DIRECTOR: _____	FECHA: _____
INGRESADO A NOMINA POR: _____	FECHA: 11/11/19
Mes: <input type="checkbox"/> 1ra <input checked="" type="checkbox"/> 2da	FECHA: 26-9-19
PAGO GLOBAL POR: _____	
Mes: <input type="checkbox"/> 1ra <input checked="" type="checkbox"/> 2da <input type="checkbox"/> Off Cycle <input checked="" type="checkbox"/> Pay Line	
SUPERVISOR (NOMINA): _____	

SEP 03 2019



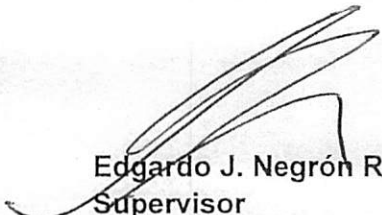
GOBIERNO DE PUERTO RICO
Sistema de Retiro para Maestros

CERTIFICACIÓN

Certifico la siguiente información referente a la pensión de la Prof. **María A. Clemente Rosa**, con número de seguro social que termina en 7909.

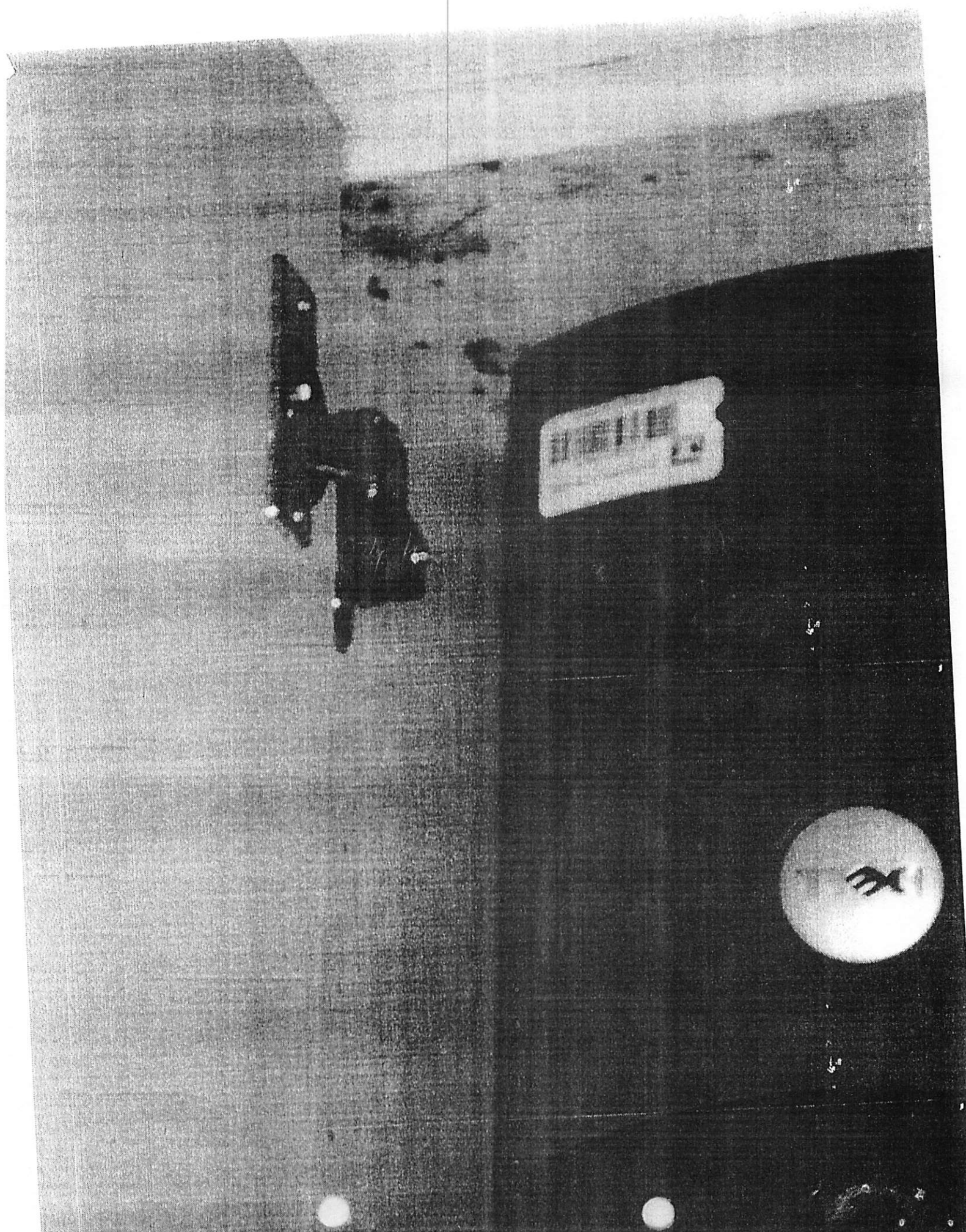
Fecha de Efectividad de la Pensión	1 de agosto de 2019
Tiempo Cotizado para la Pensión	33 años, 5 mes, 2 mes., 3.5 días
Pensión mensual Inicial	\$2,314.74
Pensión Mensual Actual	\$2,314.74

Esta certificación se expide hoy, 3 de febrero de 2020 en San Juan, Puerto Rico.


Edgardo J. Negrón Ramírez
Supervisor
Área de Servicios de Retiro

235 Avenida Arterial Hostos • Edificio Capital Center • Torre Norte, Hato Rey • Puerto Rico
00918 P.O. Box 191879 • San Juan PR 00919-1879





MARIA A. CLEMENTE ROSA
92-15-00613-6

ACC-8/7/91

SS

7009

Estado Libre Asociado
de Puerto Rico
CORPORACION DEL FONDO DEL
SEGURO DEL ESTADO

DECISION DEL
ADMINISTRADOR
SOBRE
TRATAMIENTO
MEDICO

PARA USO DE LOS OFICIALES DE COMPENSACION

HATCH CARO NUMERO

ANO DIA MES DIA

CLAVE DE COMP. ALTA TRABAJO

COM. DISP. TRAT. ANO MES DIA

CLAVE DE COMP. ALTA TRABAJO

COM. DISP. TRAT. ANO MES DIA

PARA SER CUMPLIMENTADO POR EL MEDICO O ENCARGADO DE DISPENSARIO O CLINICA

MARIA A. CLEMENTE ROSA
PO BOX 7103
SAN JUAN, P.R. 00916

DEPTO DE EDUCACION
PO BOX 100-759
SAN JUAN, P.R. 00919

CLAVE DISP. FECHA DE ACC. AÑO MES DIA FONDO DE ANTICIPO SUBROGACION OI M

REGION ANATOMICA AFECTADA O CONDICION TRATADA POR LA CUAL ES DADO (VEASE INSTRUCCIONES AL DORSO)

1RA. TAR PUMES EXPOSURE 507 CODIGO DE DIA

2DA. RINOSINGITIS, REL. 477

3DA. FARINGITIS, REL. 462

POR LA PRESENTE, Y DE ACUERDO CON LA LEY DE COMPENSACIONES POR ACCIDENTES DEL TRABAJO (LEY NUM. 45 DEL 18 DE ABRIL DE 1935) SEGUN H, SUBSIGUIENTEMENTE ENMENDADA, SE DETERMINA SOBRE EL ASPECTO MEDICO DE ESTE CASO LA SIGUIENTE DECISION:

- ☐ 1. EL LESIONADO FUE EXAMINADO POR PRIMERA VEZ: DE DE 19
☐ a. CONTINUARA RECIBIENDO TRATAMIENTO MEDICO EN ☐ DESCANSO ☐ C.T. (MIENTRAS TRABAJA)
☐ b. SE DETERMINA DARLO DE ALTA DEFINITIVA EFECTIVA EL DE DE 19
☐ c. VEASE ALTERNATIVA NUMERO
- ☐ 2. HABIENDO EL LESIONADO RECIBIDO EL MAXIMO BENEFICIO DE TRATAMIENTO, SE DETERMINA DARLO DE ALTA DEFINITIVA EL DIA DE DE 19 CURADO ☐ SIN INCAPACIDAD ☐ CON INCAPACIDAD
(La Decisión del Administrador con el grado de Incapacidad para este caso le será notificado oportunamente).
- ☐ 3. EL LESIONADO FUE EXAMINADO EN EL DIA DE HOY, A PARTIR DEL DE DE 19 SE
AUTORIZA CAMBIO PARA CONTINUAR RECIBIENDO TRATAMIENTO MEDICO EN ☐ DESCANSO ☐ C.T. (MIENTRAS TRABAJA).
- ☐ 4. LUEGO DE EVALUADO EL CASO SE DETERMINA DARLO DE ALTA DE TRATAMIENTO MEDICO EFECTIVO EN DE DE 19 LA DECISION FINAL DEL ADMINISTRADOR SOBRE NO RELACION LE SERA NOTIFI OPORTUNAMENTE. EL LESIONADO PODRA CONTINUAR TRATAMIENTO MEDICO EN FACILIDADES FUERA DEL FONDO DEL SEGURO DEL EST
- ☐ 5. EL LESIONADO HABIA SIDO DADO DE ALTA EL DE DE 19 LUEGO DE REEVALUACION MEDICA PRACTICADA SE DETERMINA:
☐ a. DARLO DE ALTA DEFINITIVA: EL DIA DE DE 19 ☐ CON INCAPACIDAD
(La Decisión del Administrador con el grado de Incapacidad para este caso le será notificado oportunamente)
☐ b. CONFIRMAR LA DECISION DADA: EL DE DE 19
- ☒ 6. EL CASO FUE DEVUELTO POR LA HON. COMISION INDUSTRIAL A LA JURISDICCION DEL FONDO DEL SEGURO DEL ESTADO. LUE DE EXAMINADO EL MISMO SE DETERMINA EL SIGUIENTE STATUS:
☐ a. ☐ DESCANSO ☒ C.T. (MIENTRAS TRABAJA) A PARTIR DEL DE DE 19
☐ EVALUACION ☐ EN TRATAMIENTO ☐ MIENTRAS SE EFECTUA EVALUACION ☐ EN TRATAMIENTO
☐ b. DARLO DE ALTA DEFINITIVA: EL DIA DE DE 19 ☐ SIN INCAPACIDAD ☐ CON INCAPACIDAD
(La Decisión del Administrador con el grado de Incapacidad para este caso le será notificado oportunamente)
☐ c. CONFIRMAR LA DECISION DADA: EL DE DE 19
- ☐ 7. LUEGO DE LA EVALUACION MEDICA PRACTICADA SE DETERMINA QUE NO HAY EVIDENCIA DE LESION O ENFERMEDAD OCUPACION POR LO CUAL SE DA DE ALTA A PARTIR DEL DE DE 19 LA DECISION FINAL C ADMINISTRADOR SOBRE NO COMPENSABILIDAD LE SERA NOTIFICADA OPORTUNAMENTE.
- ☐ 8. HABIENDO EL LESIONADO RECIBIDO EL MAXIMO BENEFICIO DE TRATAMIENTO SE DA DE ALTA SIN INCAPACIDAD A PARTIR DEL DE DE 19 LA DECISION FINAL D ADMINISTRADOR SOBRE NO COMPENSABILIDAD LE SERA NOTIFICADA OPORTUNAMENTE.
- ☐ 9. ES UN OBRERO MIGRANTE BAJO CONTRATO DE EMPLEO APROBADO POR EL SECRETARIO DEL TRABAJO DE PUERTO RICO, ACOGII A LOS BENEFICIOS DE LA LEY NUM. 77 DEL 23 DE JUNIO DE 1958 Y DEL ARTICULO 1 DE LA LEY 54 DEL 13 DE JULIO DE 197 HA SIDO DADO DE ALTA DE TRATAMIENTO MEDICO EL DE DE 19 (NOTIFIQUESE CON COF DE ESTA DECISION AL DEPARTAMENTO DEL TRABAJO Y RECURSOS HUMANOS).

OSCAR L. RAMOS MELLENDEZ

DR. WALTER F. RAMOS-JEF INT. CONTROL MEDICO

CERTIFICADO: Que el día de hoy he entregado y notificado con copia de esta Decisión al Lesionado, en CAROLINA, Puerto Rico

SRA. MARTA RAMOS DE NORRIS-OSMOJI

Firma del Lesionado

3/3/97

Fecha

CERTIFICADO: QUE HE ENVIADO COPIA DE ESTA DECISION AL

NOTIFICACION

☐ LESIONADO

☐ PATRONO A LA DIRECCION ARRIBA INDICADA Y A SU

ABOGADO LIC. PEDRO M. ORTIZ UBRAS
DIRECCION EN: PO BOX 940
GUAYAMA, P.R. 00970

Fecha de Notificación

LIC. LUIS OCASIO RIVERA

Secretario

EMILIO DIAZ AYALA

Secretario Auxiliar

ADVERTENCIA: EL PATRONO DEBERA ACTUAR A TENOR CON LO INDICADO EN ESTE FORMULARIO UNA VEZ LO RECIBA O EL LESIONADO LE PRESENTE COPIA DE ESTA DECISIO PATRONO: EL OBRERO O EMPLEADO PODRA REQUERIR DE SU PATRONO LA REINSTALACION EN SU TRABAJO A TENOR CON LO PROVISTO EN EL ARTICULO 5A DE LA LI DE COMPENSACIONES POR ACCIDENTES DEL TRABAJO.

LESIONADO: LA LEY DE COMPENSACIONES POR ACCIDENTES DEL TRABAJO EN EL ARTICULO 10, DISPONE QUE TODA DECISION DEL ADMINISTRADOR PODRA APELARSE ANTE I COMISION INDUSTRIAL DENTRO DE LOS TREINTA (30) DIAS DESPUES DE NOTIFICADA. LOS INCAPACITADOS DEBERAN APELARSE ANTE LA COMISION INDUSTRIAL DENTRO DE LOS TREINTA (30) DIAS DESPUES DE NOTIFICADA.

92-15-00613-6

ARIA CLEMENTE ROSA

07 CAROLINA

08 JUL 91 17 ENE 62 F

Estado Libre Asociado
de Puerto Rico
CORPORACION DEL FONDO DEL
SEGURO DEL ESTADO

DECISION DEL
ADMINISTRADOR
SOBRE
TRATAMIENTO
MEDICO

TELEPROCESADO POR (FIRMA)	FECHA DIA MES
CODIFICADO (FIRMA OCS)	FECHA DIA MES

PARA USO DE LOS OFICIALES DE COMPENSACIONES											
BATCH		CASO NUMERO		C/D	CLAVE TRANS.	TAF NU					
ANO	DISP	NUMERO	NUMERO								
1	2	3	4	5	6	7					
12	13	14	15	16	17	18					

CLAVE DE COMP			ALTA TRABAJAR			ALTA DEFINITIVA		
COMP	DISP	PAT	ANO	MES	DIA	ANO	MES	DIA
17	22	27	32	37	42	47	52	57

PARA SER CUMPLIMENTADO POR EL MEDICO O ENCARGADO DE DISPENSARIO O CLINICA

CLAVE DISP	FECHA DE ACC ANO MES DIA	<input type="checkbox"/> FONDO DE ANTICIPA	<input type="checkbox"/> SUBROGACION	<input type="checkbox"/> OBRERO MIGRANTE
HIGION ANATOMICA AFECTADA O CONDICION TRATADA POR LA CUAL ES DADO DE ALTA (VEASE INSTRUCCIONES AL DORSO)				
EXPOSICION ABREA RINOSINOSITIS				
CODIGO DE DIAGNOSTICO				

POR LA PRESENTE, Y DE ACUERDO CON LA LEY DEL SISTEMA DE COMPENSACIONES POR ACCIDENTES DEL TRABAJO (LEY NUM. 45 DEL 18 DE ABRIL DE 1935 SEGUN HA SIDO SUBSIGUIENTEMENTE ENMENDADA, SE DETERMINA SOBRE EL ASPECTO MEDICO DE ESTE CASO LA SIGUIENTE DECISION

1. EL LESIONADO FUE EXAMINADO POR PRIMERA VEZ: DE DE
- ☐ a. CONTINUARA RECIBIENDO TRATAMIENTO MEDICO EN ☐ DESCANSO ☐ C.T. (MIENTRAS TRABAJA) DE DE
- ☐ b. SE DETERMINA DARLO DE ALTA DEFINITIVA EFECTIVA EL DE DE
- ☐ c. VEASE ALTERNATIVA NUMERO
2. HABIENDO EL LESIONADO RECIBIDO EL MAXIMO BENEFICIO DE TRATAMIENTO, SE DETERMINA DARLO DE ALTA DEFINITIVA EL DIA DE DE CURADO. ☐ SIN INCAPACIDAD ☐ CON INCAPACIDAD
- (La Decisión del Administrador con el grado de Incapacidad para este caso le será notificado oportunamente).
3. EL LESIONADO FUE EXAMINADO EN EL DIA DE HOY, A PARTIR DEL DE DE SE
- AUTORIZA CAMBIO PARA CONTINUAR RECIBIENDO TRATAMIENTO MEDICO EN ☐ DESCANSO ☐ C.T. (MIENTRAS TRABAJA).
4. LUEGO DE EVALUADO EL CASO SE DETERMINA DARLO DE ALTA DE TRATAMIENTO MEDICO EFECTIVO EN DE DE LA DECISION FINAL DEL ADMINISTRADOR SOBRE NO RELACION LE SERA NOTIFICADA OPORTUNAMENTE. EL LESIONADO PODRA CONTINUAR TRATAMIENTO MEDICO EN FACILIDADES FUERA DEL FONDO DEL SEGURO DEL ESTADO.
5. EL LESIONADO HABIA SIDO DADO DEL ALTA EL DE DE LUEGO DE LA REEVALUACION MEDICA PRACTICADA SE DETERMINA:
- ☐ a. DARLO DE ALTA DEFINITIVA: EL DIA DE DE ☐ CON INCAPACIDAD
- (La Decisión del Administrador con el grado de Incapacidad para este caso le será notificado oportunamente)
- ☐ b. CONFIRMAR LA DECISION DADA: EL DE DE
6. EL CASO FUE DEVUELTO POR LA HON. COMISION INDUSTRIAL A LA JURISDICCION DEL FONDO DEL SEGURO DEL ESTADO. LUEGO DE EXAMINADO EL MISMO SE DETERMINA EL SIGUIENTE STATUS:
- ☐ a. ☐ DESCANSO ☐ C.T. (MIENTRAS TRABAJA) A PARTIR DEL DE DE
- ☐ EVALUACION ☐ EN TRATAMIENTO ☐ MIENTRAS SE EFECTUA EVALUACION ☐ EN TRATAMIENTO
- ☐ b. DARLO DE ALTA DEFINITIVA: EL DIA 15 DE FEBRERO DE 2001 ☐ SIN INCAPACIDAD ☐ CON INCAPACIDAD
- (La Decisión del Administrador con el grado de Incapacidad para este caso le será notificado oportunamente)
- ☐ c. CONFIRMAR LA DECISION DADA: EL DE DE
7. LUEGO DE LA EVALUACION MEDICA PRACTICADA SE DETERMINA QUE NO HAY EVIDENCIA DE LESION O ENFERMEDAD OCUPACIONAL, POR LO CUAL SE DA DE ALTA A PARTIR DEL DE DE LA DECISION FINAL DEL ADMINISTRADOR SOBRE NO COMPENSABILIDAD LE SERA NOTIFICADA OPORTUNAMENTE.
8. HABIENDO EL LESIONADO RECIBIDO EL MAXIMO BENEFICIO DE TRATAMIENTO SE DA DE ALTA SIN INCAPACIDAD A PARTIR DEL DE DE LA DECISION FINAL DEL ADMINISTRADOR SOBRE NO COMPENSABILIDAD LE SERA NOTIFICADA OPORTUNAMENTE.
9. ES UN OBRERO MIGRANTE BAJO CONTRATO DE EMPLEO APROBADO POR EL SECRETARIO DEL TRABAJO DE PUERTO RICO, ACOGIDO A LOS BENEFICIOS DE LA LEY NUM. 77 DEL 23 DE JUNIO DE 1958 Y DEL ARTICULO 1 DE LA LEY 54 DEL 13 DE JULIO DE 1978. HA SIDO DADO DE ALTA DE TRATAMIENTO MEDICO EL DE DE (NOTIFIQUESE CON COPIA DE ESTA DECISION AL DEPARTAMENTO DEL TRABAJO Y RECURSOS HUMANOS).
- OBSERVACIONES:

LCDO= NICOLAS LOPEZ PENA, ADM=

DR= RAFAEL A ROSA, M=I=

CERTIFICO: Que en el día de hoy he entregado y notificado con copia de esta Decisión al Lesionado, en

Firma del Médico o Funcionario Autorizado

Puerto Rico

CARMEN IRIS ORTIZ

S-M:L=

15 FEBRERO 2001

Firma del Lesionado

CERTIFICO: QUE HE ENVIADO COPIA DE ESTA DECISION AL

NOTIFICACION

Fecha

ABOGADO LIC.
DIRECCION EN:

☐ LESIONADO

☐ PATRONO A LA DIRECCION ARRIBA INDICADA Y A SU

Indicador de Notificación

Secretario

Secretario Auxiliar

ATENCIÓN: EL PATRONO DEBERA ACTUAR A TENOR CON LO INDICADO EN ESTE FORMULARIO UNA VEZ LO RECIBA O EL LESIONADO LE PRESENTE COPIA DE ESTA DECISION. EL OBRERO O EMPLEADO PODRA REQUERIR DE SU PATRONO LA REINSTALACION EN SU TRABAJO A TENOR CON LO PROVISTO EN EL ARTICULO 5A DE LA LEY DEL SISTEMA DE COMPENSACIONES POR ACCIDENTES DEL TRABAJO

LA LEY DEL SISTEMA DE COMPENSACIONES POR ACCIDENTES DEL TRABAJO EN EL ARTICULO 10, DISPONE QUE TODA DECISION DEL ADMINISTRADOR PODRA APELARSE ANTE LA COMISION INDUSTRIAL DENTRO DE LOS TREINTA (30) DIAS DESPUES DE NOTIFICADA LOS HONORARIOS QUE HAY LA HON COMISION INDUSTRIAL SERAN

92-15-00613-6

ACC-8/7/91

Estado Libre Asociado
de Puerto Rico
CORPORACION DEL FONDO DEL
SEGURO DEL ESTADO

DECISION DEL
ADMINISTRADOR
SOBRE
TRATAMIENTO
MEDICO

TELEPROCESADO POR (FIRMA)	FECHA
	DIA MES AÑO
CODIFICADO (FIRMA OCS)	FECHA
	DIA MES AÑO

PARA USO DE LOS OFICIALES DE COMPENSACIONES

CASO NUMERO		C/O		CLAVE TRANS.		TAB. NUM.	
BATCH	DISP.	NUMERO					

CLAVE DE COMH				ALTA TRABAJAR				ALTA DEFINITIVA			
COMP.	DIUR.	PAT.		ANO	MES	DIA		ANO	MES	DIA	

PARA SER CUMPLIMENTADO POR EL MEDICO O ENCARGADO DE DISPENSARIO O CLINICA

LESIONADO
PATRONO

MARIA CLUMENTE ROSA
PO BOX 7188 BO. OBRERO STATION
SAN JUAN PR 00916

DEPTO DE EDUCACION
PO BOX 190-0759
SAN JUAN PR 00919

CLAVE DISP.	FECHA DE AGG.	FONDO DE ANTICIPO	SUBROGACION	OBrero MIGRANTE
	ANO MES DIA			

REGION ANATOMICA AFECTADA O CONDICION TRATADA POR LA CUAL ES DADO DE ALTA (VASE INSTRUCCIONES AL DORSO)

1RA. **TAR JUNKS EXPOSURE 75.024**
RHINOSINUSITIS ,REL. 80.057

2DA.

CODIGO DE DIAGNOSTICO

POR LA PRESENTE, Y DE ACUERDO CON LA LEY DEL SISTEMA DE COMPENSACIONES POR ACCIDENTES DEL TRABAJO (LEY NUM. 45 DEL 18 DE ABRIL DE 1935 SEGUN HA SIDO SUBSIGUIENTEMENTE ENMENDADA, SE DETERMINA SOBRE EL ASPECTO MEDICO DE ESTE CASO LA SIGUIENTE DECISION

- ☐ 1. EL LESIONADO FUE EXAMINADO POR PRIMERA VEZ: DE DE
- ☐ a. CONTINUARA RECIBIENDO TRATAMIENTO MEDICO EN ☐ DESCANSO ☐ C.T. (MIENTRAS TRABAJA) DE DE
- ☐ b. SE DETERMINA DARLO DE ALTA DEFINITIVA EFECTIVA EL DE DE
- ☐ c. VEASE ALTERNATIVA NUMERO
- ☐ 2. HABIENDO EL LESIONADO RECIBIDO EL MAXIMO BENEFICIO DE TRATAMIENTO, SE DETERMINA DARLO DE ALTA DEFINITIVA EL DIA DE DE CURADO ☐ SIN INCAPACIDAD ☐ CON INCAPACIDAD (La Decisión del Administrador con el grado de Incapacidad para este caso le será notificado oportunamente).
- ☐ 3. EL LESIONADO FUE EXAMINADO EN EL DIA DE HOY, A PARTIR DEL DE DE SE AUTORIZA CAMBIO PARA CONTINUAR RECIBIENDO TRATAMIENTO MEDICO EN ☐ DESCANSO ☐ C.T. (MIENTRAS TRABAJA).
- ☐ 4. LUEGO DE EVALUADO EL CASO SE DETERMINA DARLO DE ALTA DE TRATAMIENTO MEDICO EFECTIVO EN DE DE LA DECISION FINAL DEL ADMINISTRADOR SOBRE NO RELACION LE SERA NOTIFICADA OPORTUNAMENTE. EL LESIONADO PODRA CONTINUAR TRATAMIENTO MEDICO EN FACILIDADES FUERA DEL FONDO DEL SEGURO DEL ESTADO.
- ☐ 5. EL LESIONADO HABIA SIDO DADO DEL ALTA EL DE DE LUEGO DE LA REEVALUACION MEDICA PRACTICADA SE DETERMINA:
- ☐ a. DARLO DE ALTA DEFINITIVA: EL DIA DE DE ☐ CON INCAPACIDAD (La Decisión del Administrador con el grado de Incapacidad para este caso le será notificado oportunamente)
- ☒ b. CONFIRMAR LA DECISION DADA: EL DE DE
- ☒ 6. EL CASO FUE DEVUELTO POR LA HON. COMISION INDUSTRIAL A LA JURISDICCION DEL FONDO DEL SEGURO DEL ESTADO. LUEGO DE EXAMINARLO EL MISMO SE DETERMINA EL SIGUIENTE STATUS:
- ☐ a. ☐ DESCANSO ☒ C.T. (MIENTRAS TRABAJA) A PARTIR DEL 19 DE SEPT. DE 99 ☐ EVALUACION ☐ EN TRATAMIENTO ☐ MIENTRAS SE EFECTUA EVALUACION ☐ EN TRATAMIENTO
- ☐ b. DARLO DE ALTA DEFINITIVA: EL DIA DE DE ☐ SIN INCAPACIDAD ☐ CON INCAPACIDAD (La Decisión del Administrador con el grado de Incapacidad para este caso le será notificado oportunamente)
- ☐ c. CONFIRMAR LA DECISION DADA: EL DE DE
- ☐ 7. LUEGO DE LA EVALUACION MEDICA PRACTICADA SE DETERMINA QUE NO HAY EVIDENCIA DE LESION O ENFERMEDAD OCUPACIONAL, POR LO CUAL SE DA DE ALTA A PARTIR DEL DE DE LA DECISION FINAL DEL ADMINISTRADOR SOBRE NO COMPENSABILIDAD LE SERA NOTIFICADA OPORTUNAMENTE.
- ☐ 8. HABIENDO EL LESIONADO RECIBIDO EL MAXIMO BENEFICIO DE TRATAMIENTO SE DA DE ALTA SIN INCAPACIDAD A PARTIR DEL DE DE LA DECISION FINAL DEL ADMINISTRADOR SOBRE NO COMPENSABILIDAD LE SERA NOTIFICADA OPORTUNAMENTE.
- ☐ 9. ES UN OBRERO MIGRANTE BAJO CONTRATO DE EMPLEO APROBADO POR EL SECRETARIO DEL TRABAJO DE PUERTO RICO, ACOGIDO A LOS BENEFICIOS DE LA LEY NUM. 77 DEL 23 DE JUNIO DE 1958 Y DEL ARTICULO 1 DE LA LEY 54 DEL 13 DE JULIO DE 1978 HA SIDO DADO DE ALTA DE TRATAMIENTO MEDICO EL DE DE (NOTIFIQUESE CON COPIA DE ESTA DECISION AL DEPARTAMENTO DEL TRABAJO Y RECURSOS HUMANOS).

OBSERVACIONES:

SR. JUAN A. MARTINEZ CINTRON

DR. EDUARDO LLORINE CONTROL MEDICO

CERTIFICO: Que en el día de hoy he entregado y notificado con copia de esta Decisión al Lesionado, en CAROLINA, Puerto Rico

SRA. MARTA RAMOS GONZALEZ-SEC. MED. LEGAL

19/9/00

CERTIFICO: QUE HE ENVIADO COPIA DE ESTA DECISION AL NOTIFICACION

☐ LESIONADO ☐ PATRONO A LA DIRECCION ARRIBA INDICADA Y A SU

ABOGADO LIC. PEDRO H. GUTIZ UBIRAS
DIRECCION EN: PO BOX 940
GUAYAMA PR 00970

ANA SANCHEZ ORTEGA

MARIA JUDITH MORALES

Secretario Auxiliar

ADVERTENCIA: EL PATRONO DEBERA ACTUAR A TENOR CON LO INDICADO EN ESTE FORMULARIO UNA VEZ LO RECIBA O EL LESIONADO LE PRESENTE COPIA DE ESTA DECISION. EL OBRERO O EMPLEADO PODRA REQUERIR DE SU PATRONO LA REINSTALACION EN SU TRABAJO A TENOR CON LO PROVISTO EN EL ARTICULO 5A DE LA LEY DEL SISTEMA DE COMPENSACIONES POR ACCIDENTES DEL TRABAJO.



ESTADO LIBRE ASOCIADO DE PUERTO RICO

OFICINA DEL PROCURADOR DE LAS PERSONAS CON IMPEDIMENTOS
Edificio Caribbean Office Plaza • Ave. Ponce de León 670 • Miramar, Puerto Rico

"LOGRANDO UN PUERTO RICO SIN BARRERAS"

8 de octubre de 2003

CARMEN I. ESTEVA
DIRECTORA
ESC INTERMEDIA SABANA LLANA
CALLE JUAN PEÑA REYES ESQ AVE DE DIEGO
RÍO PIEDRAS PR 00924

MARÍA CLEMENETE ROSA
PAIR SJ-2002-08-0502

Estimada señora Esteva:

La Oficina del Procurador de las Personas con Impedimentos (OPPI), administra el Programa de Protección y Defensa de los Derechos de las Personas con Impedimentos (PAIR). En nuestra oficina estamos trabajando el caso número **SJ-2002-08-0502**, radicado por María Clemente Rosa. El mismo expresa que solicitó un acomodo razonable al Departamento de Educación que consiste en quipo de asistencia y el mismo no ha sido concedido.

En consecuencia, le estamos citando a una Reunión de Mediación a efectuarse el día 23 de octubre de 2003, a las 9:30 AM en nuestra Oficina Central, localizada en el Edificio Caribbean Office Plaza, en la avenida Ponce de León, 670, en Miramar.

Debo recordarle que su asistencia a la reunión es compulsoria, ya que, la Sección 532h(e) de la Ley número 2 de 27 de septiembre de 1985, según enmendada, indica que "ninguna persona natural o jurídica podrá negarse a cumplir con una citación expedida por el Procurador o representante autorizado, no podrá negarse a reproducir la evidencia que le hubiere sido requerida, ni podrá rehusarse a contestar cualquier pregunta en relación con algún asunto bajo la investigación del Procurador" por lo que esperamos su asistencia a la misma.

Deberá traer la evidencia o documentación relacionada al asunto antes referido. Cualquier duda o pregunta puede comunicarse con nuestra oficina al teléfono número 787-725-3333, al número libre de cargos 1-800-981-4125, extensiones: 2106 y 2112, al correo electrónico brivera1@oppi.gobierno.pr.

Cordialmente,

Braulio Rivera Ruiz
Braulio Rivera Ruiz
Intercesor I PAIR

Madelisa Monroig Lopez
Madelisa Monroig Lopez
Coordinadora PAIR

Apartado 41309 • San Juan, Puerto Rico 00940-1309

Tels. (787) 725-2333 cuadro • TDD (787) 725-4014 • 1 (800) 981-4125 (libre de costo) • Fax (787) 721-2455
www.oppi.gobierno.pr

DEPARTAMENTO DE EDUCACION
PROGRAMA DESARROLLO INTEGRAL
SECRETARIA AUXILIAR RECURSOS HUMANOS
TEL. 759-9688

REV. 2 98

ACOMODO RAZONABLE LEY ADA FECHA 24/05/2001
(SUPERVISOR) LUGAR San Juan III

REFERIDO POR: _____

Nombre del Empleado: María A. Clemente Rosa

Puesto que ocupa: Maestra de Artes Industriales

Funciones esenciales del puesto que ocupa el empleado: Docente

Identifique el tipo de impedimento y diagnóstico alegado por el solicitante: Sinosis y

Faringitis Crónica

¿Cuál fue la evidencia médica presentada? (Incluya las mismas con este informe)

Carta de médico del CFSE certificando condición.

Copia de 105 formularios CFSE-395

Tipo de limitación funcional observada: Marque la categoría que corresponda:

☒ Dificultad para hablar
☒ Pérdida parcial de voz
☐ Pérdida total de voz
☐ Pérdida parcial de la visión
☐ Pérdida total de la visión
☐ Audición

☐ Escritura
☐ Lectura
☐ Pérdida de memoria
☐ Aprendizaje
☐ Ambulación
☐ Otros (cual (es))

Comentarios Adicionales (Alternativas de Acomodo) Suplir de los equipos necesarios
y mejorar las condiciones del salón

Firma del Supervisor

Nombre en letra de molde Carmen Iris Esteva

Roberto Martinez Quintana, M.D.



Torre Auxilio Mutuo Oficina #01 Hato Rey, PR 00918
Tel.: 764-3843

PATIENT: CLEMENTE ROSA, MARIA A 10658 0
ADDRESS: COND. ASTRALIS 9546 CALLE DIAZ WAY
APT 311 N TORRE 6
CAROLINA, PR 00979

AGE: 44

07/21/2006 p. 1

ADDITIONAL NOTES

07/21/2006

To whom it may concern :

Above named person has had episodes of shortness of breath and chest tightness since June 2006. She was initially evaluated by us on 07/07/06 with worsening of her respiratory symptoms on medications. She was started on antiinflammatory/ allergic respiratory treatment to which she is having an excellent response. On her evaluation it was evidenced that she was exposed to a noxious enviroment on her home by a humid enviroment which brought mold to her home. This respiratory exposure can be ascribed as an etiologic factor which caused her respiratory condition. She is expected to continue on treatment for at least three months to follow her progress.

END OF ADDITIONAL NOTES
Roberto Martinez Quintana, M.D.

Roberto Martinez Quintana, M.D.



Torre Médica Auxilio Mutuo Suite 501 Hato Rey, PR 00917
Tel. (787) 756-8480 Fax (787) 764-3843 NPI: 1023007523

PATIENT:	CLEMENTE ROSA, MARIA A 10658 0	AGE: 45	07/19/2007 p. 1
ADDRESS:	COND. ASTRALIS 9546 CALLE DIAZ WAY APT 311 N TORRE 6 CAROLINA, PR 00979		

ADDITIONAL NOTES

07/19/2007

Above named person has Asthma condition which will benefit from avoiding exposure to dust, solvents, fumes, paint, spores, detergents, and humid environment.

END OF ADDITIONAL NOTES

Roberto Martinez Quintana, M.D.

MARIA CLEMENTE ROSA
F/N: 67283
D/B: 01/17/62
EXAM/DATE: 05/26/07
DR JOSE LOZADA COSTAS

MRI OF THE BRAIN/GAD

INDICATIONS:

MR examination of the brain was performed on this 45-year-old female patient. Elevated prolactin levels. Possible adenoma of the pituitary gland.

TECHNIQUE:

Sagittal T1, coronal T1, axial FLAIR, axial T2, and coronal thin T1 weighted images through the sella, axial T1 post, coronal thin T1 weighted images through the sella post and sagittal thin T1 weighted images through the sella post.

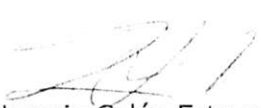
FINDINGS:

Comparison: None.

The brain architecture is normal. There is no mass effect, midline shift or evidence of intracranial fluid collections. The ventricles are of normal size and configuration. No areas of abnormal signal are identified in the brain. After infusion of IV contrast, no areas of abnormal enhancement are identified in the brain. There is a well-defined area of differential enhancement noted in the right anterior lobe of the pituitary measuring approximately 2 mm in size, most likely representing a microadenoma. The suprasellar cistern and infundibulum, optic chiasm and cavernous sinuses are normal. The paranasal sinuses and mastoid air cells are clear. It is noted that the evaluation of the lower of the paranasal sinuses is somewhat degraded by a metallic artifact in the region of the nose. The bone marrow signal is normal. The vascular flow voids are patent and unremarkable.

IMPRESSION:

THERE IS EVIDENCE OF A SMALL MICROADENOMA ON THE LEFT ANTERIOR LOBE OF THE PITUITARY GLAND AS DESCRIBED. NO OTHER SIGNIFICANT INTRACRANIAL ABNORMALITY IS IDENTIFIED. EVALUATION OF THE PARANASAL SINUSES IS SUBOPTIMAL SECONDARY TO THE PRESENCE OF METALLIC ARTIFACT IN THE REGION OF THE NOSE. HOWEVER, THEY APPEAR TO BE CLEAR.


Horacio Colón Esteva, M. D.
Neuroradiologist

SAN JUAN
MRI
& CT

1448 AVE. FERNANDEZ JUNCOS, SANTURCE, PUERTO RICO 00909 TEL. (787) 721-7776 (787) 721-7884 FAX. (787) 721-7774

www.sanjuanmri.com



CIPR:CORRED MAY 13 19PM 02:03

5076
DRA. ROSELYNN L. MARTINEZ OLIVIERI

MEDICINA INTERNA

NAME: MARIA CLEMENTE ROSA

EVALUATION DATE: 3-29-19

CI NUM: 17-208-90-0340-01

CFSE NUM: 15-15-30917-0

PRESENT ILLNESS

FEMALE PTE REFERRED REPORTED ACCIDENT AT CFSE DUE EXPOSURE TO "DIRTY ENVIROMENT" AT WORK.

(+) CURRENT CHEST TIGHTNESS, SENSITIVITY TO ODORS, DUST EXPOSURE , (+) NASAL CONGESTION,
(+) POST NASAL DRIP AND VOICE CHANGES .

PTE USING BRONCHODILATOR > 2 TIMES/ WEEK.

NO RECENT ER SERVICE EVALUATION OR HOSPITAL ADMISSION.

STUDIES

CXR- 2-24-15- NO FOCAL CONSOLIDATIONS

PFT- 2-27-2015- FEV1- 85%

PFT- DONE TODAY -FEV1- 79%

CURRENT TX- ALBUTEROL FFT, FLONASE (NASAL) , ADVAIR DISKUS 250/50MG

MEDICAL HX- BA

SOCIAL HX- NO SMOKER

ALLERGY- BENADRYL

ROS

HEENT- SEE HPI

RESP- SEE HPI

EXAM

GNL- ALERT, ACTIVE, NO RESPIRATORY DISTRESS

HEENT- SUPPLE NECK, POST NASAL DRIP, PALLOR OF NASAL MUCOSAS , NO NASAL BLEEDING, NO OBSTRUCTION

LUNG- CTA

HEART- RRR

EXT-NO CYANOSIS

NEURO- NO FOCALIZED MOTOR DEFICIT

ASSESSMENT


FEMALE PTE EVALUATED FOR DECISIONS OF TREATMENT/ DISABILITY FOR "EPISODIO DE BRONCOESPASMO".

EVALUATED PROVIDED INFORMATION FROM CI RECORD INCLUDING PFT AND CFSE ENT EVALUATION. DONE PFT TODAY AND COMPARED WITH PFT DONE AT CFSE.

CFSE CITED PATIENT HX OF BA, AND DG OF CHRONIC LARYNGITIS AND ALLERGIC RHINITIS SINCE REPORTED AT CFSE.

ACCORDING TO PFT, PTE COMPLAINTS, CURRENT TX , AND BASED ON PROVIDED INFORMATION, IS NECESSARY TO RELATE DG OF BRONCHIAL ASTHMA EXACERBATION WITH 5% DISABILITY AS SEQUELAE FOR THE REPORTED ACCIDENT AT CFSE.

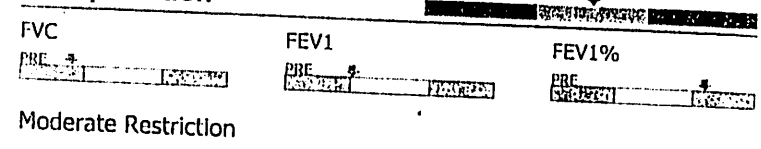
WILL VERIFY AT PUBLIC HEARING IF CFSE RELATED ALLERGIC RHINITIS DIAGNOSIS .



Visit date 3/29/2019

Patient code	17-208-90-0340-01	Age	57
Surname	CLEMENTE	Gender	Female
Name	MARIA A.	Height, in	63
Date of birth	1/17/1962	Weight, lb	119
Ethnic group	Others	BMI	21.09
Smoke	No smoker	Pack-Year	
Patient group			

Interpretation



Best values from all loops

Parameters	LLN	ULN	PRE	%Pred	Z-score	POST	%Chg
FVC	L	2.59	3.93	2.00	61	-3.10	
FEV1	L	1.97	3.11	2.00	79	-1.57	
FEV1%	%	68.9	88.5	100.00	127	3.58	
PEF	L/s	4.64	7.95	6.02	96	-0.27	

PRE Trial date 3/29/2019 11:57:52 AM

Parameters	LLN	ULN	Pred	PRE # 1	%Pred	Z-score	PRE # 2	PRE # 3	POST#1	%Pred	%Chg
FVC	L	2.59	3.93	3.26	2.00	61	-3.10				
FEV1	L	1.97	3.11	2.54	2.00	79	-1.57				
FEV1/FVC	%	68.9	88.5	78.7	100.0	127	3.58				
PEF	L/s	4.64	7.95	6.29	6.02	96	-0.27				
ELA	Years			57	75	132					
FEF2575	L/s	1.22	3.62	2.42	3.48	144	1.46				
FET	s			6.00	0.99	17					
FIVC	L	2.59	3.93	3.26	1.96	60	-3.19				
FEV1/VC	%	68.9	88.5	78.7							

BTPS 1.078 28 °C 82.4 °F

Conclusion / Medical report

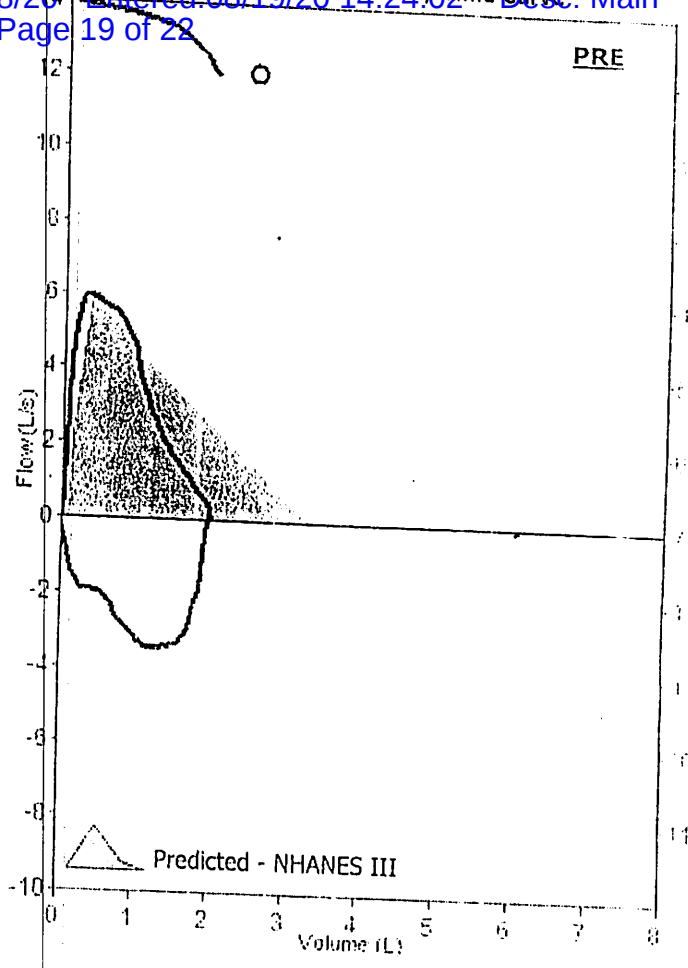
FEV1 79%

Signature [Signature] 13353

Instrument used
Spirobank II new S/N Y00125

C:\PR\CORRED MAY 13 19 02 03

ALL DATA





CITACION A VISTA MEDICA

Conforme a las disposiciones de la Ley del Sistema de Compensaciones por Accidentes del Trabajo, Ley 45 del 18 de abril de 1935, según enmendada, Ley 170 del 12 de agosto de 1988, conocida como Ley de Procedimiento Administrativo Uniforme, y las Reglas de Procedimientos de la Comisión Industrial se notifica para que comparezca:

Lesionado:
MARIA A CLEMENTE ROSA
COND ASTRALIS
9546 CALLE DIAZ WAY
APT 311
CAROLINA PR 00979-1464

Representante Legal:
LUIS VIDAL ARBONA
PO BOX 192845
SAN JUAN PR 00919-2845

VISTA:
FECHA: 22 de octubre de 2019
HORA: 8:00 AM
SALA: 2
PISO: 2
EXPEDIDA EN San Juan, Puerto Rico, a 13 de septiembre de 2019
Asegurador: CFSE: PO Box 5028 - Santurce PR 00936

DIRECCION: COMISION INDUSTRIAL (SAN JUAN)
677 CALLE TENIENTE CESAR L. GONZALEZ
(ANTIGUO TRIBUNAL DE APELACIONES)
SAN JUAN PR 00918

[Signature]
SUBSECRETARIO EJECUTIVO

CASO NUM. CI: 17-208-90-0340-01
NUM. CASO CFSE: 15-15-30917-0
CAUSAL: TRATAMIENTO E INCAPACIDAD (CONDICION ORGANICA).

PETICIONARIO:
MARIA A CLEMENTE ROSA
PATRONO:
DEPARTAMENTO DE EDUCACION

Mensajes: INFORME MEDICO

LA COMISION INDUSTRIAL DE P.R. TIENE NUEVAS FACILIDADES:
AVE. TENIENTE CESAR GONZALEZ #677 HATO REY PR

- > La Vista Pública o Médica señalada no se suspenderá, a no ser por justa causa y de no comparecer a la misma, la Comisión Industrial, podrá ORDENAR el archivo del recurso apelativo o fallar el caso en REBELDIA de acuerdo a las disposiciones de Ley. Tiene derecho a estar representado por un abogado de su selección o a comparecer por Derecho Propio, si ello fuere su deseo.
- > De no comparecer al Especialista, la Comisión Industrial podrá ordenar el ARCHIVO de su recurso apelativo por falta de interés.
- > Si se le cita como testigo y no comparece, se le considerará culpable de DESACATO.
- > Traer identificación con foto junto a este original.
- > No se permite traer niños a la Agencia.
- > Toda solicitud para citar testigos (incluyendo los periciales) se radicará por escrito, con no menos de treinta (30) días con antelación a la Vista. El caso no será suspendido por incomparecencia de testigos.
- > Deberá informar cualquier cambio de dirección residencial, postal y número de teléfono.
- > La CIPR es un Tribunal Administrativo use vestimenta adecuada. No podrá entrar a Sala en pantalones cortos o camisas sin mangas.

USO EXCLUSIVO DE SECCION DE PAGADURIA

Compareciente:
MARIA A CLEMENTE ROSA
COND ASTRALIS
9546 CALLE DIAZ WAY
APT 311
CAROLINA PR 00979-1464

CASO C.I. NUM.:17-208-90-0340-01

Hora de Entrada: Hora de Salida:

Certificación Ponente: _____

Acompañante/Justificación: _____

Fecha: 22 de octubre de 2019

Firma Autorizada: _____

MARÍA A. CLEMENTE ROSA

CASOS EN EL FONDO: BAJO: (LA LEY DE COMPENSACIONES POR ACCIDENTES DEL TRABAJO, LEY DE COMPENSACIONES A OBREROS Núm. 45 DE 1935((1) pág. 251), enmendada por la Núm. 74 de 1940 (pág. 531).

CERTIFICO: YO, MARÍA CLEMENTE ROSA CERTIFICO QUE BAJO (LA LEY DE COMPENSACIONES POR ACCIDENTES DEL TRABAJO) (BIGAS vs. COMISIÓN INDUSTRIAL 71 D.P.R. 336), NO HE RECIBIDO COMPENSACIÓN ALGUNA DE PARTE DE (CFSE) POR ESTE CASO, NI POR NINGÚN OTRO CASO DE LA (CFSE).

Maria A. Clemente Rosa . 14 de agosto 2020

07 CAROLINA

ENE-17-62

DECISION DEL
ADMINISTRADOR
SOBRE
TRATAMIENTO
MEDICO

F

PARA USO DE LOS OFICIALES DE COMPENSACIONES

BATCH	CASE NUMBER						C/D	CLAVE TRANS.	TAI NU
	ANO	DISP.	NUMERO						
1	3	4					119	113	14

CLAVE DE COMP.			ALTA TRABAJO			REGIDIVA			ALTA DEFINITIVA		
COMP.	DISP.	PAT.	AÑO	MES	DIA	AÑO	MES	DIA	AÑO	MES	DIA
17		22 27			32 33			18 35			

PARA SER CUMPLIMENTADO POR EL MEDICO O ENCARGADO DE DISPENSARIO O CLINICA

DEPTO. DE INST. PUB.
HATO REY, P.R. BOX 759

FECHA DE ACC. AÑO MES DIA	<input type="checkbox"/> FONDO DE ANTICIPO	<input type="checkbox"/> SUBROGACION	<input type="checkbox"/> OBRERO MIGRAN
------------------------------	---	--------------------------------------	---

REGION ANATOMICA AFECTADA O CONDICION TRATADA POR LA CUAL ES DADO DE ALTA.
(VEASE INSTRUCCIONES AL DORSO)

18A. hearing, LOOS IN RELACIONADO

304

~~xxx~~ 1. EL LESIONADO FUE EXAMINADO POR PRIMERA VEZ EN EL DIA DE HOY 10 DE ABRIL DE 1990

~~xxx~~ 1. EL LESIONADO FUE EXAMINADO POR PRIMERA VEZ EN EL DIA DE HOY 10 DE ABRIL DE 1990

☒ a. CONTINUARA RECIBIENDO TRATAMIENTO MEDICO EN ☐ DESCANSO ☒ C.T. (MIENTRAS TRABAJA)

☐ b. SE DETERMINA DARLO DE ALTA DEFINITIVA EFECTIVA EL DE

☐ c. VEASE ALTERNATIVA NUMERO

☐ 2. HABIENDO EL LESIONADO RECIBIDO EL MAXIMO BENEFICIO DE TRATAMIENTO, SE DETERMINA DARLO DE ALTA DEFINITIVA EL DIA DE DE 19 CURADO ☐ SIN INCAPACIDAD ☐ CON INCAPACIDAD
(La Decisión del Administrador con el grado de Incapacidad para este caso le será notificado oportunamente).

☐ 3. EL LESIONADO FUE EXAMINADO EN EL DIA DE HOY, A PARTIR DEL _____ DE _____ DE 19 ____ SE
AUTORIZA CAMBIO PARA CONTINUAR RECIBIENDO TRATAMIENTO MEDICO EN ☐ DESCANSO ☐ C.T. (MIENTRAS TRABAJA).

☐ 4. LUEGO DE EVALUADO, EL CASO SE DETERMINA DARLO DE ALTA DE TRATAMIENTO MEDICO EFECTIVO EN DE DE 19 LA DECISION FINAL DEL ADMINISTRADOR SOBRE NO RELACION LE SERA NOTIFICADA OPORTUNAMENTE. EL LESIONADO PODRA CONTINUAR TRATAMIENTO MEDICO EN FACILIDADES FUERA DEL FONDO DEL SEGURO DEL ESTADO.

☐ 5. EL LESIONADO HABIA SIDO DADO DE ALTA EL DE DE 19 LUEGO DE LA

☐ 5. EL LESIONADO HABIA SIDO DADO DE ALTA EL _____ DE _____ DE 19 _____ LUEGO DE LA REEVALUACION MEDICA PRACTICADA SE DETERMINA:

☐ a. NO SE JUSTIFICA EL REANUDAR EL TRATAMIENTO MEDICO (RECIDIVA)

☐ b. REANUDAR TRATAMIENTO MEDICO (RECIDIVA) EN ☐ DESCANSO ☐ C.T. (MIENTRAS TRABAJA) A PARTIR DEL DE 19

☐ c. DARLO DE ALTA DEFINITIVA: EL DIA DE DE 19 ☐ SIN INCAPACIDAD ☐ CON INCAPACIDAD (La Decisión del Administrador con el grado de Incapacidad para este caso le será notificado oportunamente)

☐ d. CONFIRMAR LA DECISION DADA ANTERIORMENTE

☐ 6. EL CASO FUE DEVUELTO POR LA HON. COMISION INDUSTRIAL A LA JURISDICCION DEL FONDO DEL SEGURO DEL ESTADO. LUEGO DE EXAMINADO EL MISMO SE DETERMINA EL SIGUIENTE STATUS:

☐ a. ☐ DESCANSO ☐ C.T. (MIENTRAS TRABAJA) A PARTIR DEL DE DE 19
☐ EVALUACION ☐ EN TRATAMIENTO ☐ MIENTRAS SE EFECTUA EVALUACION ☐ EN TRATAMIENTO

☐ b. DARLO DE ALTA DEFINITIVA: EL DIA _____ DE _____ DE 19 ____ ☐ SIN INCAPACIDAD ☐ CON INCAPACIDAD
(La Decisión del Administrador con el grado de Incapacidad para este caso le será notificado oportunamente).

☐ c. CONFIRMAR LA DECISION DADA ANTERIORMENTE

☐ 7. LUEGO DE LA EVALUACION MEDICA PRACTICADA SE DETERMINA QUE NO HAY EVIDENCIA DE LESION O ENFERMEDAD OCUPACIONAL, POR LO CUAL SE DA DE ALTA A PARTIR DEL _____ DE _____ DE 19____ LA DECISION FINAL DEL ADMINISTRADOR SOBRE NO COMPENSABILIDAD LE SERA NOTIFICADA OPORTUNAMENTE.

8.	ES UN OBRERO MIGRANTE BAJO CONTRATO DE EMPLEO APROBADO POR EL SECRETARIO DEL TRABAJO DE PUERTO RICO, ACOGIDO A LOS BENEFICIOS DE LA LEY NUM. 77 DEL 23 DE JUNIO DE 1958 Y DEL ARTICULO 1 DE LA LEY 54 DEL 13 DE JULIO DE 1978. HA SIDO DADO DE ALTA DE TRATAMIENTO MEDICO EL DE DE 19 (NOTIFIQUESE CON COPIA DE ESTA DECISION AL DEPARTAMENTO DEL TRABAJO Y RECURSOS HUMANOS).		
	OBSERVACIONES:		

SR. ALBERTO O. BACO

DR. WALTER RAMOS

Administrador

CERTIFICO: Que en el día de hoy he entregado y notificado con copia de esta Decisión al Lesionado, en

Firma del Médico o Funcionario Autorizado

, Puerto Rico.

Firma del Funcionario

Firma del Lesionado

Nombre y Cargo Oficial
CERTIFICO: QUE HE ENVIADO COPIA DE ESTA DECISION AL
ABOGADO LIC.

NOTIFICACIÓN

Fecha

☐ PATRONO A LA DIRECCION ARRIBA INDICADA Y A SU DIRECCION EN:

Fecha de Notificación

Secretario Auxiliar

ADVERTENCIA: EL PATRONO DEBERA ACTUAR A TENOR CON LO INDICADO EN ESTE FORMULARIO UNA VEZ LO RECIBA O EL LESIONADO LE PRESENTE COPIA DE ESTA DECISION.
PATRONO: EL OBRERO O EMPLEADO PODRA REQUERIR DE SU PATRONO LA REINSTALACION EN SU TRABAJO A TENOR CON LO PROVISTO EN EL ARTICULO 5A DE LA LEY DE COMPENSACIONES POR ACCIDENTES DEL TRABAJO.

LESIONADO: LA LEY DE COMPENSACIONES POR ACCIDENTES DEL TRABAJO EN EL ARTICULO 10, DISPONE QUE TODA DECISION DEL ADMINISTRADOR PODRA APELARSE ANTE LA COMISION INDUSTRIAL DENTRO DE LOS TREINTA (30) DIAS DESPUES DE NOTIFICADA. LOS HONORARIOS QUE FUJE LA HON. COMISION INDUSTRIAL SERAN LOS UNICOS QUE PODRA PERCIBIR EL ABOGADO DEL APELANTE POR PRESTAR SUS SERVICIOS Y LOS MISMOS SERAN PAGADOS POR EL FONDO DEL SEGURO DEL ESTADO.

LESIONADO